



REVISTA SEMESTRAL No.10 Abril – Setiembre 2006 ISSN 1409 – 4568

Como citar este artículo

Leiva Díaz, Viriam. **Efectos del entrenamiento en relajación y habilidades sociales para el manejo de las enfermedades psicosomáticas: estudio de caso único.** *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica [en línea].* Abril-Setiembre 2006 No.10 [citado (fecha)]. Disponible World Wide Web: <<http://www.revenf.ucr.ac.cr/entrenamientoahabsocII.pdf>> ISSN 1409-4568

EFFECTOS DEL ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN Y HABILIDADES SOCIALES PARA EL MANEJO DE LAS ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS: ESTUDIO DE CASO ÚNICO.¹

Viriam Leiva Díaz²

RESUMEN

Este estudio evaluó el efecto del entrenamiento en relajación y habilidades sociales para el manejo de las enfermedades psicosomáticas.

Se definieron operacionalmente tres variables independientes: calidad de vida, magnitud y frecuencia del trastorno psicosomático. Se tomó como criterio de inclusión la recurrencia del trastorno gastrointestinal o músculo esquelético.

Se utilizó una metodología de investigación bicondicional, cuasi-experimental, utilizando un diseño para las dos condiciones A-B (entrenamiento en relajación), A-C (entrenamiento en habilidades sociales), A-BC (entrenamiento en habilidades sociales y relajación). Doce sujetos fueron distribuidos de manera aleatoria a las diferentes modalidades de tratamiento. Todas las participantes eran estudiantes de la Universidad de Costa Rica, solteras, con edad promedio de 22 años.

El protocolo incluía dos fases de cuatro semanas de duración cada una: en la primera se aplicó los diferentes esquemas de tratamiento asignados, y en la segunda se dio seguimiento buscando la estabilidad de los datos.

Los resultados indican que los tres tipos de intervención produjeron cambios significativos en las variables estudiadas, mostrando una mejoría en la calidad de vida, así como una disminución en la magnitud y en la frecuencia del trastorno, además de una valoración positiva de parte de los significativos socialmente importantes.

Palabras claves: relajación , habilidades sociales, trastornos psicosomáticos.

¹ **Fecha recepción:** octubre - 2005

Fecha aceptación: marzo - 2006

² Viriam Leiva Díaz, Enfermera, Psicóloga, Psicopedagoga, Profesora Adjunta, Universidad de Costa Rica.

E mail: viriaml@yahoo.es

THE EFFECTS OF TRAINING IN RELAXATION AND SOCIAL SKILLS FOR THE TREATMENT OF PSYCHOSOMATIC DISEASES: A SINGLE-CASE RESEARCH DESIGN.

ABSTRACT

In this study, we evaluated the effects of training in relaxation and social skills for the treatment of psychosomatic diseases.

Three independent variables were defined: quality of life, the severity, and the frequency of psychosomatic symptoms. Two conditions were applied using a quasi-experimental methodology. The design was A-B (training in relaxation), A-C (training in social skills), and A-BC (training in both, relaxation and social skills). Twelve subjects were randomly distributed between the treatment arms. All of them were students at the University of Costa Rica. Their mean age was 22 years.

The study protocol included two phases. Each phase lasted 4 weeks. The assigned treatment was applied during the first phase. The second phase was a follow-up period.

According to the results, the three types of interventions produced significant changes in the end points. The quality of life improved, whereas the severity and the frequency of symptoms decreased. Furthermore, the subjects also received a positive appraisal by their socially important persons.

Key words: relaxation, social skills and psychosomatic illness

INTRODUCCIÓN

En el año 2003, se realizó una investigación de cohorte cuasiexperimental en estudiantes universitarios, pertenecientes a la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, cuyo objetivo fue determinar el grado de efectividad del entrenamiento en relajación y habilidades sociales para el manejo de las enfermedades psicosomáticas presentadas por los estudiantes.

Para cumplir con los objetivos propuestos, se realizó una exhaustiva revisión de literatura disponible en nuestro medio.

En su diario vivir, los individuos se enfrentan a una serie de acontecimientos que demandan de ellos estrategias de afrontamiento de tipo conductual, cognitivo, emocional o físico. Sin embargo, en algunas ocasiones los sujetos no poseen un repertorio de conductas apropiadas para enfrentar esas condiciones, y eso los conduce a experimentar lo que conocemos como estrés.

El estrés tiene consecuencias en todos los ámbitos. En el ámbito físico se experimenta una serie de cambios en el organismo, pues se activan mecanismos como el sistema neurovegetativo, el inmunológico y el nervioso, de tal manera que “remite a una secuencia progresiva del daño, situación que puede eventualmente llegar a manifestarse como una disfunción psicogénica- psicosomática; en este caso se manifiesta como una reducción de la capacidad del organismo de relacionarse con el ambiente” (Ruiz y Viquez 1995, p. 27). Cuando esta situación se prolonga puede provocar la aparición de enfermedades del tipo psicosomático, entre ellas las originadas en el sistema gastrointestinal y las del músculo-esquelético.

En el ámbito emocional se presentan, entre otros, sentimientos de inadecuación, culpa, ineficacia o fracaso (McGuigan,1984; Guisti-Ortiz,1991). Los estudiantes universitarios no están exentos de sufrir este tipo de situaciones estresantes que los exponen a patologías

psicosomáticas. Específicamente los estudiantes de enfermería se enfrentan con un sistema de estudio rígido, donde el riesgo mismo que plantea el aprender con seres humanos, enfermos o sanos, son fuentes de estrés. Por lo tanto, se ha considerado relevante plantear un tratamiento que les permita a estos sujetos obtener un repertorio de habilidades sociales para enfrentar las situaciones estresantes de una forma más apropiada, evitando o minimizando los efectos negativos que estas les provoquen; también se plantea que el aprendizaje de diferentes tipos de relajación los lleven a estados de equilibrio homeostático del organismo.

Método (Sujetos, instrumentos, procedimientos)

El estudio realizado fue cuasi experimental de sujeto único. Se eligió ese diseño porque el tipo de tratamiento implementado no permitía la reversión. Asimismo, un estudio experimental tendría implicaciones bioéticas, dadas las consecuencias negativas que podría acarrear a los sujetos la retirada del tratamiento (Barlow y Hersen, 1988). Su fortaleza metodológica radicó en su validación intrínseca, ya que se dieron tres réplicas simultánea, es decir, en cada condición experimental se incluyeron tres sujetos en forma paralela. Se agregó un sujeto más en cada condición, en caso de que alguno de ellos abandonara el tratamiento.

La población objeto de estudio fueron estudiantes de enfermería, con los criterios de inclusión: 1. Presencia de enfermedad psicosomática; 2. Manifestación recurrente de trastorno psicosomático; 3. Presencia del trastorno concomitante o alternado. Los criterios de exclusión fueron: 1. Estar bajo otro tipo de tratamiento; 2. Presencia de enfermedades gastrointestinales y trastornos neuromusculares específicos; 3. Presencia de Hipertensión Arterial, Glaucoma, Epilepsia, Diabetes Mellitus del tipo insulino dependiente, Psicosis, Problemas Cardiovasculares, Neurosis Obsesiva.

Para la evaluación de las enfermedades psicosomáticas se utilizaron los ítems expuestos por Godoy (1991), que incluyen: la identificación de circunstancias internas o

externas relacionadas con modificaciones y oscilaciones en el trastorno, ¿qué lo precipitó o lo agravó?, ¿qué lo alivió?; información y percepción del sujeto de su trastorno, las causas, los síntomas y los tratamientos; la evolución del tratamiento y el grado de adherencia o seguimiento de las prescripciones de tratamiento.

Se evaluaron la frecuencia y la magnitud de episodios de los trastornos gastrointestinales y músculo esquelético, los cuales fueron cuantificados por medio de los siguientes parámetros: la frecuencia se determinó por el número de apariciones de un determinado padecimiento en el último mes, así como el período de mayor prevalencia del padecimiento. Se registró con una escala de muy frecuente (2.5 o más), frecuente (entre 1.5 y 2.5), poco frecuente (entre 1 y 1.5). La magnitud del padecimiento se cuantificó en leve (menos de 1.45 US), moderado (1.5- 2.5 US), severo (2.5- 5.3 US).

Se utilizaron variables de frecuencia absoluta para los efectos prácticos del procedimiento y la graficación de las variables frecuencia y magnitud.

La calidad de vida se midió por medio de las unidades subjetivas (US) de calidad de vida. Los indicadores tomados en cuenta fueron la capacidad de interacción con otras personas, el involucramiento en actividades cotidianas y la satisfacción personal. Estos se graduaron con el sujeto, de manera que proporcionaron un patrón para la evaluación de la eficiencia del tratamiento sobre las enfermedades psicosomáticas. Esta escala tuvo las siguientes graduaciones: cien (100) fue la situación de máxima calidad y cero (0) la situación de mínima calidad de vida. El sujeto pudo colocar en medio de estos dos extremos situaciones que estuvieran cercanas a la máxima y mínima calidad.

Se propuso la implementación de 3 condiciones:

- Condición A-B, en la que se implementó relajación: para el control y autoevaluación de la técnica de relajación progresiva (Jacobson), y la de relajación pasiva Swartz y Haynes (1974), se propuso la adaptación del formulario presentado por Cautela y Groden (1989).

Este debía ser auto-registrado por los sujetos, tanto en situaciones de entrenamiento como durante las tareas para el hogar. Contempló el nivel conductual y subjetivo de la relajación: alta relajación y baja relajación.

- Condición A-C, en la cual se implementó el entrenamiento en habilidades sociales: la habilidad social se cuantificó en términos de la emisión de la conducta objetivo. Para el tipo de estudio que aquí se planteó, la medición se hizo bajo los siguientes criterios: contexto, en términos de la emisión de la conducta en contextos diferentes, del laboratorio a la vida real; situaciones interpersonales, cuando la conducta objeto fue emitida en situaciones distintas a las entrenadas. Se cuantificaron las conductas no entrenadas pero que estaban relacionadas con otras conductas que sí lo habían sido.

Las habilidades sociales que se lograron durante el entrenamiento fueron medidas con los parámetros de evaluación de los componentes conductuales propuestos por Caballo (1991); es decir, se utilizó la escala de uno a cinco, en donde: 1= muy pobre, 2= pobre, 3= regular, 4= bueno y 5= muy bueno. Esta escala se interpretó con base en el Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social (SECHS), el cual brindó parámetros específicos para cada uno de los ítems de la escala de medición de los componentes moleculares.

- Condición A-BC: en la cual se implementaron ambos, el entrenamiento en relajación y en habilidades sociales.

Los instrumentos se compilaron en un protocolo, el cual fue sometido a criterio de expertos con el fin de validarlo en su totalidad. Se dio por aprobado una vez que se unificó el criterio de todos ellos sobre el documento.

La ejecución del tratamiento, los contenidos programados para las sesiones, así como su evaluación, fueron desarrollados extensa y puntualmente en el protocolo denominado “Implementación de las diferentes condiciones experimentales”.

El seguimiento de los sujetos tuvo una duración igual en tiempo a la fase de intervención (4 semanas). Se realizaron dos sesiones de seguimiento, una en la semana 9 y otra en la semana 11; por medio de una entrevista se determinó la calidad de vida, la frecuencia y la magnitud del trastorno psicosomático. Vale destacar que durante esta fase no se llevó a cabo ninguna intervención. Concluido el seguimiento, se realizó una búsqueda de aquellas personas socialmente significativas para los sujetos de estudio, con el fin de indagar los efectos de la intervención observables y para dar por terminada la investigación.

RESULTADO Y DISCUSIÓN

Por razones de brevedad, se presentan los resultados de manera resumida y agrupados por condiciones de tratamiento. El análisis de la información sujeto por sujeto e intersujeto en cada condición, se detalla en el reporte completo de esta investigación (Leiva y Madriz 1999).

En lo que se refiere al comportamiento de la **calidad de vida**, las tres condiciones mostraron un nivel significativo bajo durante la línea base. Como puede verse en el cuadro 1, la condición que inició con el promedio más bajo fue la A- C, con un nivel de 33,75 US en la calidad de vida. Le sigue la condición A-BC, que inició con 35 US en promedio. La condición promedio con la más alta calidad de vida basal fue A-B con 50 US.

Para la Fase de Intervención la condición que mostró mayor incremento en la Calidad de vida fue la condición A-BC, en que se evidenció un incremento de 43 US, con respecto a la línea base, mientras que la condición que mostró un incremento menor fue la condición A-B, con 18.15 US en promedio. Como se mencionó antes, esta condición fue la que inició con un mayor promedio de unidades subjetivas mayores.

Llama la atención los niveles de Calidad de Vida reportados en promedio en Línea Base para las condiciones A-C y A-BC y su incremento significativo en la fase de intervención (27,25 y 43 US respectivamente). Este incremento podría estar asociado a una

variable común, como es el entrenamiento en habilidades sociales, lo cual hace suponer que la calidad de vida reportada por los sujetos de ambas condiciones se encontraba asociada a un repertorio de conductas inhabilitadas socialmente.

Sin embargo, la condición A-BC muestra un incremento mayor que la condición A-C (15,75 US). Esta diferencia de aumento, podría estar asociada a la utilización o combinación de la relajación y el entrenamiento en habilidades Sociales. Como sugiere Caballo, V. que “Puede ser necesario enseñar al individuo a relajarse antes de que se aborde determinadas situaciones problemáticas, la reducción de la ansiedad favorece con toda probabilidad la actuación adecuada del paciente y la adquisición de nuevas habilidades” (1991, p.164). Por lo tanto, el uso de la relajación para reducir la ansiedad en el desempeño de situaciones socialmente habilitadas podría justificar la diferencia de 15,75 US a favor de la condición A-BC.

Es importante el hecho de que todas las condiciones registraron cambios en la fase de seguimiento (Véase tabla 1), o sea que los sujetos reportaron un nivel en donde manifiestan haber adquirido mayor capacidad de interacción con otras personas, incorporación en actividades cotidianas y mayor satisfacción personal. En promedio, la condición A-C subió 19 US, lo cual corrobora el incremento dado en la fase de intervención, seguido por la condición A-B con un incremento en la Fase de seguimiento de 10.35 US. Aún cuando comparativamente la condición A-BC es la que muestra menor aumento en promedio, en esta fase, es la que mantiene un mayor nivel al final del seguimiento gracias al significativo incremento conseguido durante la fase de intervención. Al final del seguimiento la condición A-B tuvo el menor reporte de calidad de vida (78.5 US).

En términos generales, esto hace pensar que se generó varias situaciones que justifican el incremento de la variable calidad de vida. Por un lado, se generaron procesos de apropiación de parte de los sujetos de las diferentes habilidades; pero además, el reforzamiento dirigido

por los agentes de cambio pudo haber conducido a una mejoría significativa como efecto de la presencia de los mismos, que puede ser explicado por el espacio en el cual los sujetos pudieron expresar conductas encubiertas o públicas. Esto significa que la validez social se rescató, en tanto la reactividad a la situación experimental se minimizó. Para ello se previó el brindar toda la información requerida por los sujetos antes, durante y después de la implementación.

Como se muestra en la tabla 2, en la variable **frecuencia** se obtuvieron valores elevados en la Línea Base en las tres condiciones. Llama la atención que la condición A-B, a pesar de iniciar con la calidad de vida más alta, es en la que se reporta mayor frecuencia de trastornos psicosomáticos; ello puede atribuirse a que, como requisito de ingreso a la investigación, debían presentar manifestaciones recurrentes del trastorno psicosomático. Asimismo, la valoración de la calidad de vida se construyó con base en una escala de unidades subjetivas que eran determinadas por el sujeto, lo cual nos hace suponer que los sujetos de la condición A-B reportaron una alta frecuencia de presentación del trastorno y determinaron en una escala mayor la percepción de su calidad de vida.

Se observó un comportamiento descendente en la frecuencia en todas las condiciones a través de las diferentes fases del tratamiento (véase tabla 2). Asimismo, la mayor disminución se evidencia en la condición A-BC, con un descenso de 2,5 episodios entre la línea base y la intervención. Existe entonces una coincidencia entre el aumento de la calidad de vida de la condición A- BC y una disminución de la frecuencia de presentación de los episodios reportados para esta misma fase, por lo que se puede hablar de una relación inversa entre la calidad de vida y la frecuencia de presentación de los trastornos psicosomáticos. Un mejoramiento en la calidad de vida tiene un efecto en la disminución de la frecuencia, ya que favorece el manejo de los efectos de la crisis y el estrés a nivel fisiológico.

Para la fase de seguimiento la condición A-BC, al igual que la condición A-C, muestran una caída más dramática de la frecuencia del padecimiento psicosomático. En términos generales, esto podría estar asociado al mejor manejo de situaciones de la vida cotidiana que, como lo manifestaron los sujetos en la línea base, causaban mayor estrés asociado a respuestas inhabilitosas.

A manera de resumen, es importante destacar que se apreció un comportamiento descendente en la frecuencia de presentación en el promedio para las diferentes fases del tratamiento, observándose una disminución general de 2,58 episodios entre la línea base (3,95) y la fase de seguimiento (1,37). Con los datos anteriores se evidencia que la intervención logró un grado significativo en la disminución de los episodios reportados (véase tabla 2). Las condiciones que mostraron mayor grado de efectividad con la intervención fueron la A-C y la A-BC, en las que se evidenció un descenso de 3,25 y 3 episodios reportados en el seguimiento en comparación con la línea de base. Por su parte, la condición que logró un menor descenso en la frecuencia con la intervención fue la A-B, con un diferencial de tan solo 1,25 menos.

La forma de enfrentar las situaciones de estrés varía, por lo cual no se puede esperar una mejoría brusca a un corto plazo, sino visualizado a más largo plazo. Aunque pudiera esperarse que la relajación diera los mejores resultados en el nivel de la frecuencia de presentación, debido a los efectos que se obtienen en el nivel fisiológico, eso no se detectó en este estudio. Ello podría deberse a que se necesita mantener la práctica de la relajación de una forma sistemática de la técnica. Asimismo es importante considerar el origen del estrés, relacionado con las características del ambiente, así como la naturaleza del individuo que enfrenta demandas y la calidad de su respuesta emocional generada para esas demandas y, por último, los procesos de afrontamiento que se movilizan (Lazarus, 1966; Valdés y Flores, 1985), que determinan la naturaleza y la gravedad del trastorno, por lo que la frecuencia de presentación sea alta a pesar de que el sujeto practique algún tipo de técnica de relajación.

En el caso de la variable **magnitud**, en las tres condiciones experimentales, en la línea base el promedio fue de una magnitud “moderada” (véase tabla 3). La condición A-BC presentó el menor reporte con 1.62 en promedio de magnitud. Todos los sujetos percibieron cambios o modificaciones en sus actividades diarias.

En la Fase de Intervención, en las condiciones A-B y A-C la magnitud se mantiene en intensidad “moderada”, con 1,75 y 1,85 en promedio respectivamente. La condición A-BC reporta el promedio menor (0,87), o sea que descendió a la categoría de “leve”. Cabe mencionar que el comportamiento de esta variable es similar al de la frecuencia de presentación, e inverso con respecto al comportamiento de la calidad de vida.

Para la fase de seguimiento el promedio de todas las condiciones se ubicó en una magnitud de “leve”, con un valor menor (1,12) que en la fase de intervención (1,5) y en la línea base (2,04). Sin embargo, es interesante que la condición A-B para esta fase se mantiene, al igual que el promedio de la línea base, en la categoría de “moderado”.

Resumiendo, la condición A-B fue la que mostró en el seguimiento menor calidad de vida, con un mayor reporte promedio de frecuencia de presentación y magnitud del trastorno psicosomático. Esto podría hacer suponer que los factores estresores fuesen de tipo social, más que de una respuesta inadecuada psicofisiológica de los sujetos, lo que influyó en la naturaleza y en la gravedad del trastorno psicosomático y por ende en la calidad de vida.

Finalmente, se puede concluir con respecto al comportamiento de las variables estudiadas en las diferentes condiciones experimentales, que el orden de efectividad de la intervención para el manejo de las enfermedades psicosomáticas fue el siguiente: en primer lugar, la condición A-BC, en la que se ofreció a los sujetos la combinación de relación y entrenamiento en habilidades sociales; en segundo lugar, la condición A-C, en la que se ofreció a los sujetos entrenamiento en habilidades sociales únicamente; y por último, la condición A-B en la que sólo se brindó entrenamiento en relajación. Es decir $A-BC > A-C > A-B$.

Como puede apreciarse en el cuadro 4, la valoración de los efectos del tratamiento por parte de las personas significativas en la vida de los sujetos fue beneficiosa, pues permitió contar con una fuente valiosa de información adicional para evaluar el impacto del tratamiento y su validez social (Fugua y Schwade, 1986).

En este sentido, se señalan tres áreas: en la primera de ellas, relacionada con los cambios generados por la intervención, todas las personas significativas socialmente para los sujetos reportaron cambios positivos, así como progresos en el comportamiento social y manejo de estrés en los sujetos (Véase tabla 5).

La segunda, la valoración de los resultados por parte de los sujetos incluidos en el estudio, también fue favorable pues refirieron mayor satisfacción personal en las relaciones con otras personas, conductas más asertivas, disminución de la ansiedad, y mayor confianza para enfrentar las situaciones que les generaban estrés. En cuanto a las áreas específicas en las que los sujetos reportan cambios se encuentran la disminución en los trastornos psicosomáticos y el mejoramiento en la calidad de vida (Obsérvese tabla 5), pues al disminuir el trastorno pudieron realizar actividades fueran académicas o laborales, sin interrupción de las mismas. De igual forma, lograron incorporarse a actividades familiares y con grupos de pares. Cabe destacar que sólo un sujeto de la condición A-C refirió no haber percibido cambios en la frecuencia de presentación y magnitud del trastorno psicosomático.

En cuanto a la implementación de las recomendaciones, tercera área señalada, todos los sujetos de las condiciones A-B y A-BC señalaron que les resultó fácil, mientras que en la condición A-C tres sujetos refirieron que les fue fácil llevar a cabo las recomendaciones dadas, y solamente uno refirió que le fue medianamente difícil implementarlas (Véase tabla 6)

Por lo tanto, los datos derivados de las observaciones y de los reportes dados por los sujetos, así como las personas significativas, indican claramente un impacto favorable de la intervención en las diferentes condiciones. Reviste también especial importancia la

valoración que realizan los sujetos referentes a la aplicabilidad de las recomendaciones ofrecidas a través del tratamiento, ya que las señalan como factibles de implantar en otros estudiantes de la Universidad de Costa Rica.

Consideraciones finales

En el presente estudio se llevó a cabo una metodología con un abordaje cognitivo conductual y social en cada uno de los sujetos. Este modelo biosicosocial respondió a la implementación e integración de los conocimientos y técnicas de las ciencias biomédicas y conductuales (Caballo,1991); contribuyendo no solo en el tratamiento, sino en la prevención, en tanto prepara al sujeto para futuras situaciones. Vemos como las diferentes condiciones instrumentaron a los sujetos en relajación, habilidades sociales y en una combinación de estas “facilitando estrategias de afrontamiento, cambiando los estilos de vida y eliminando las conductas de riesgo” (Caballo 1991, p.879). Así los sujetos, al preguntarles sobre los resultados del tratamiento, refirieron mejores relaciones personales, mayor satisfacción, disminución de la ansiedad y de los trastornos psicosomáticos. Ello denota el beneficio obtenido de las estrategias de intervención propuestas para el manejo de los trastornos.

A través del tratamiento se observó una correlación entre lo expuesto por Rojano de la Hoz (1985) y los factores estresantes en los sujetos incluidos en el estudio. Para Rojano “...las enfermedades psicosomáticas se producen por un estrés resultante de situaciones sociales y conflictos psicológicos que desajustan los procesos de homeostasis e imponen nuevas demandas adaptivas al organismo...” (Rojano de la Hoz, 1985, p.462). Los sujetos citan que las fuentes productoras de estrés no fueron solamente físicas, sino situaciones sociales difíciles de enfrentar, tales como relaciones interpersonales, conductas poco asertivas, ansiedad, e inseguridad al hablar, entre otros.

De acuerdo con Lazarus (1966), se visualizó el concepto de apreciación cognitiva al evaluar los acontecimientos y las situaciones cognitivas de los sujetos, que les producían estrés. Para ello se estableció la escala de unidad subjetivas (US) de la calidad de vida y, en una valoración secundaria (Lazarus, 1966), se estableció el entrenamiento en recursos y opciones (habilidades sociales y relajación) para responder y adaptarse a las situaciones que son percibidas como amenazadoras o estresantes mediante el desarrollo de la confianza en los recursos de afrontamiento propios.

A través del estudio encontramos coincidencia con Deffenbacher (1994), Hanusa (1994) y Quiroga (1994) con respecto al entrenamiento en habilidades sociales y la relajación psicológica, pues como métodos terapéuticos han demostrado ser eficaces en los tratamientos de diferentes trastornos psicosomáticos, por lo que se hace importante destacar la condición A-BC, en que se da una combinación de relajación, que permite reducir los estados de ansiedad, y el entrenamiento en habilidades sociales, que favorecieron la adquisición de competencias sociales, evidenciándose una mejoría de la calidad de vida en esta condición y una disminución en la magnitud y en la frecuencia del trastorno psicosomático, lo cual contribuyó de manera positiva a la resolución de situaciones conflictivas. Lo anterior coincide con lo expuesto por Caballo en términos de que es “...necesario enseñar al individuo a relajarse, antes de que aborde determinadas situaciones problemáticas. La reducción de la ansiedad en esas situaciones favorecerá, con toda probabilidad, la actuación socialmente adecuada del paciente...” (1991, p.413).

Existe coincidencia en los resultados encontrados en el presente trabajo y en las conclusiones del estudio realizado por Shapiro y Lehrer en 1980. Estos autores realizaron una comparación de los efectos psicofisiológicos producidos por el entrenamiento autógeno y la relajación progresiva, y determinaron que no existían diferencias significativas en la utilización de esos métodos. En las condiciones A-B y A-BC de nuestro estudio, en los que se

utilizó el entrenamiento en relajación, se hizo uso de los métodos de relajación utilizados por Shapiro y Lehrer (1980), no encontrando diferencias significativas en las variables estudiadas con la utilización de uno u otro método.

Thwaites publicó en 1994 un estudio en el que menciona la utilización de la combinación de relajación cognitiva y el entrenamiento en habilidades sociales para el manejo de la agresión disfuncional. En este estudio se concluyó que la respuesta fue más efectiva en los sujetos que recibieron entrenamiento en habilidades sociales y relajación cognitiva en comparación con el grupo control. Con respecto al estudio de Thwaites, coincidimos en que los resultados encontrados en la condición A-BC, en la que se utilizó una combinación de relajación y entrenamiento en habilidades sociales, la respuesta fue más efectiva que las otras condiciones.

Por lo tanto, existe concordancia entre los componentes teóricos y los hallazgos del presente estudio, que pueden resumirse de la manera siguiente:

1. Las variables en estudio mostraron un cambio evidente entre la línea base y el seguimiento en las tres condiciones experimentales, lo cual hace suponer que este cambio es efecto directo de la intervención.
2. De acuerdo con las variables estudiadas, la efectividad de las condiciones experimentales fue: $A-BC > A-C > A-B$.
3. La condición que mostró mayor grado de efectividad fue la A-BC. El ascenso de la calidad de vida, acompañada de un descenso de la magnitud y de la frecuencia en la fases de intervención y de seguimiento hacen de esta propuesta una alternativa efectiva para el manejo de los trastornos psicosomáticos en estudio.
4. Los sujetos experimentales consideraron que la implementación de las recomendaciones en las condiciones A-BC y A-B resultaron fáciles, hecho que también constituye un aspecto fundamental en términos de los objetivos de la investigación.

5. La valoración de los resultados por parte de los sujetos fue muy favorable, refiriendo una disminución del trastorno psicosomático y una mejoría en la calidad de vida.
6. En lo que se refiere a la validez social del estudio, los significativos socialmente importantes para los sujetos experimentales (pares, padres, pareja), consideraron positivos los resultados generados por la intervención en los sujetos en estudio.
7. La valoración de los resultados por parte de los sujetos fue muy favorable, refiriendo una disminución del trastorno psicosomático y una mejoría en la calidad de vida.
8. El Protocolo de Entrenamiento en Habilidades Sociales y Relajación, generado a raíz de la presente investigación, se convierte en un instrumento sencillo y claro, el cual puede ser implementado en las y los estudiantes universitarios que sufran padecimientos de este tipo.
9. Los sujetos participantes postularon que el protocolo, además de ser un modelo alternativo de abordaje a los problemas que enfrentan, es también una estrategia preventiva. La utilización de métodos para el control de sus emociones (técnicas de relajación), el entrenamiento en modificación de conductas y en hábitos para reducir aquellas conductas peligrosas y favorecer las más saludables, consigue cambios cognitivos y conductuales que mejoran la calidad de vida y favorecen la salud a mediano y largo plazo.

Bibliografía

- Barlow, D.H. y Hersen, M. (1988). **Diseños experimentales de caso único**. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Caballo, V. (1991). **Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta**. Barcelona: Editores Siglo Veintiuno.
- Cautela, J. y Groden, J. (1985). **Técnicas de relajación (Manual práctico para niños, adultos y educación especial)**. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Deffenbacher, J. (1996). "Anger reduction in early adolescents". *Journal of Counselling Psychology*. 43 (2): 149- 157.

- Fugua, W. y Schawade, J.(1986). **“Social validation of applied behavioural research: A selective review and critique”**. A. Bellack y M. Helsen (E.D.T.) *Research Methods in Applied Behavioural analysis. Issues and advances*. New York: Plenum Press.
- Giusti- Ortiz, L. (1991). **Calidad de vida, estrés y bienestar**. [s.l.]: Ediciones PSICOED.
- Hanusa, R. (1995). **“A comparison of two group treatment conditions in reducing domestic violence (violence- prevention, anger, managent)**. *DAI-A 54/12*: 4589.
- Lazarus, R. S. (1966). **Psychological stress and the copen process**. New York: McGraw-Hill.
- Leiva V, Madriz M. (1999). **Efectos del entrenamiento en relajación y habilidades sociales para el manejo de las enfermedades psicosomáticas**. Escuela de Psicología. Universidad de Costa Rica.
- McGuigam, F.J.;Sime, W.E. y Wallace, J.M (1984). **Stress and tension control**. New York: Plenum Press.
- Quiroga, H. y Sánchez, R. (1994). **Un modelo conductual multimodal para el tratamiento de conductas adictivas en estudiantes y trabajadores universitarios**. Primer Simposio Metropolitano de Psicología Aplicada. México D. F.
- Rojano de la Hoz, R. (1985). **Enfermedades Psicosomáticas**. [s.l.] [s.e.] .
- Ruiz, L.Y Viquez, A.R. (1995). **Diseño de un programa de capacitación sobre inoculación para empleados de una empresa privada costarricense**. San José: Universidad de Costa Rica.
- Shapiro, S.; Lehrer, P. (1980). **“Psychophysiological effects of autogenic training and progressive relaxation”**. *Biofeedback and Self- Regulation*. New Jersey. 5(2): 245-249.
- Thwaites, G. (19949. **“General anger reduction treatments: A comparative study (Dysfunctional Anger)”**. *DAI-B 54/08*: 4411.
- Valdés, M. y De Flores, T. (1985). **Psicobiología del estrés**. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.

ANEXOS.

Tabla 1

Puntuaciones promedio de la calidad de vida reportada en unidades subjetivas, según condición experimental

Condiciones	Línea base	Intervención	Seguimiento	Cambio de la línea base al seguimiento
A-B	50 US	68.15 US	78.5 US	28.5 US
A-C	33,75 US	61 US	80 US	46.25 US
A-BC	35 US	78 US	88 US	53 US
Promedio por fase de tratamiento	39,6 US	69,1 US	82,2 US	

Fuente: Leiva V. Entrenamiento en Habilidades y relajación para el manejo de las enfermedades psicosomáticas. Escuela de Psicología U.C.R.

Tabla 2

Puntajes promedio de la frecuencia de los síntomas, según condición experimental

Condición	Línea base	Intervención	Seguimiento	Cambio de la línea base al seguimiento
A-B	4,5	2,25	3	-1,5
A-C	4	2,81	0,75	-3,25
A-BC	3,37	0,87	0,37	-3
Promedio por fase	3,95	1,97	1,37	

Fuente: Leiva V. Entrenamiento en Habilidades y relajación para el manejo de las enfermedades psicosomáticas. Escuela de Psicología U.C.R.

Tabla 3

Puntajes promedio de la magnitud de los síntomas, según condición experimental

Condición	Línea base	Intervención	Seguimiento	Cambio de la línea base al seguimiento
A-B	2,25(M)	1,75(M)	1,5(M)	-0,75
A-C	2,25(M)	1,85(M)	1,25(M)	-1
A-BC	1,62(M)	0,9(M)	0,62(M)	-1
Promedio por fase	2,04(M)	1,95(M)	1,12(M)	

Fuente: Leiva V. Entrenamiento en Habilidades y relajación para el manejo de las enfermedades psicosomáticas. Escuela de Psicología U.C.R.

Tabla 4

Cambios generados por la intervención, según condición experimental

Condición	Significativos sociales	Sujetos
A-B	Positivo	positivo
A-C	Positivo	Positivo
A-BC	Positivo	positivo

Fuente: Leiva V. Entrenamiento en Habilidades y relajación para el manejo de las enfermedades psicosomáticas. Escuela de Psicología U.C.R.

Tabla 5

Cambios generados con la intervención, según área reportada por los sujetos

Área	A-B	A-C	A-BC
Disminución del trastorno psicosomático	4	3	4
Aumento de la calidad de vida	4	4	4
Otros	2	2	0

Fuente: Leiva V. Entrenamiento en Habilidades y relajación para el manejo de las enfermedades psicosomáticas. Escuela de Psicología U.C.R.

Nota: el conteo de esta variable es no excluyente.

Tabla 6

Implementación de las recomendaciones, según condición experimental

Condición	Fácil	Moderadamente fácil
A-B	4	0
A-C	3	1
A-BC	4	0
Total	11	1

Fuente: Leiva V. Entrenamiento en Habilidades y relajación para el manejo de las enfermedades psicosomáticas. Escuela de Psicología U.C.R.